

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ANNÉE 1934

N° 62

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

BOROWICZ Abram-Wolf

Né le 15 Octobre 1902, à Rajgrad (Pologne)

**Contribution à l'étude
des abcès hépathiques primitifs
à staphylocoque**

Président : Monsieur Marcel LABBÉ, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17 — PARIS (V^e)

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

BOROWICZ Abram-Wolf

Né le 15 Octobre 1902, à Rajgrad (Pologne)

Contribution à l'étude des abcès hépatiques primitifs à staphylocoque

Président : Monsieur Marcel LABBÉ, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17 — PARIS (V^e)

1934



I. — PROFESSEURS

Le Doyen G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	LAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	{ NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ LENORMANT.
	{ CUNEO.
	{ GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	{ GOSSET.
Clinique urologique	{ TERRIEN.
	{ LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologie	{ J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE.
	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT-
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLERY-RADOT.
Ophthalmologie.....	(Pasteur).
	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.
Obstétrique.....	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE MÈRE ET A MON CHER PÈRE

dont le but principal de leur
vie était l'instruction de leurs
nombreux enfants —

Dédie ce modeste travail
leur fils en témoignage de sa
profonde affection.

A MON ONCLE

BENJAMIN PRUSZCZANSKI

Chirurgien-dentiste à Lomza (Pologne)

en témoignage de ma profonde
affection et de mes remercie-
ments personnels et de ceux de
mes sœurs et de mes frères,

A MA CHÈRE BELLE-SŒUR ET A MON FRÈRE

BENJAMIN

auxquels je dois mon ensei-
gnement supérieur, en témoi-
gnage de mes hommages et de
ma reconnaissance.

A MES BELLES-SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

ET A MES NIÈCES

A MA CHÈRE TANTE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Marcel LABBÉ

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider
notre thèse.

A mes remerciements de
son enseignement clinique,
mon hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Professeur VAQUEZ.

Professeur agrégé DANZELOT.

D^r LONGUET.

D^r BELOT.

D^r LEPENNETIER.

Professeur agrégé ABRAMI.

Professeur NOBECOURT.

Professeur agrégé J. HUTMEL *in memoriam*.

D^r MILIAN.

Professeur GUILLAIN.

Professeur agrégé LEVY-SOLAL.

Professeur agrégé CATHALA.

D^r MONTHUS.

D^r FAVORY.

Professeur agrégé WELTER.

D^r LECAPLAIN (Rouen).

D^r GELDBLUM (Lodz-Pologne).

Doctoresse FABRIKANT (Tel-Aviv, Palestine).

INTRODUCTION

En abordant ce travail nous tenons à remercier Monsieur le Professeur agrégé Boulin et Monsieur le Docteur Gilbert Dreyfus de nous avoir inspiré ce sujet intéressant et peu connu dans la littérature médicale française et étrangère.

Tous les grands traités de médecine et de chirurgie, les plusieurs monographies que nous avons consultés dans plusieurs langues (allemand, anglais, italien, espagnol et polonais) n'envisagent que superficiellement les abcès hépatiques primitifs dus au staphylocoque doré, nous n'y avons trouvé aucune observation susceptible d'être rapportée.

La seule monographie que nous avons trouvé intéressante pour notre sujet est celle du Professeur Fabrikant de Kharkow (Russie) publiée dans le Journal. *Vratchebnoï délo* » du 15 juillet 1924.

Nous y empruntons deux observations dont nous reproduisons la traduction intégrale à cause de leur rareté et leur intérêt tout spécial. Ce qui joint à la nôtre ne fait que trois observations au total.

CHAPITRE PREMIER

Observation recueillie dans les services de notre Maître Monsieur le Professeur Marcel Labbé avec le concours bienveillant de Monsieur le Professeur agrégé Boulin et Monsieur le Dr Gilbert-Dreyfus.

Le 3 juin 193 , Tav..., 18 ans, imprimeur, est amené d'urgence dans le service.

Depuis 5 ou 6 jours il se plaignait de constipation et d'une pesanteur sourde thoraco-abdominale. Brusquement la veille de son entrée à l'Hôpital il est pris d'une douleur violente sous les fausses côtes droites, Frissons. La température est montée à 40°.

Malgré l'absence des vomissements et de tout signe respiratoire, deux diagnostics se présentent immédiatement à l'esprit.

Chez ce malade d'aspect juvénile : ceux d'appendicite aiguë et de pneumonie.

L'examen le plus minutieux des poumons est entièrement négatif ; celui du ventre révèle peu de choses : une légère défense sans hyperesthésie cutanée, ni abolition des réflexes cutanés dans le cadran supéro droit de l'abdomen ; un point douloureux à l'intersection de la dixième côte et du bord externe

du grand droit droit. La fosse iliaque est souple, indolente. L'interne en chirurgie conseille simplement la mise en observation et l'application d'une vessie de glace.

L'état général est sérieusement atteint, le visage est pâle, les pommettes congestionnées, il n'y a pas d'herpès, les urines hautes en couleur ne contiennent ni albumine, ni pigments biliaires. Le pouls est un peu dissocié avec la température (pouls 100 pulsations, température 40°,2). Dès le quatrième jour, la symptomatologie locale se modifie quelque peu. Sous l'influence de la glace, la défense musculaire a cédé : mais sur l'étendue de 4 travers de doigts au-dessous du rebord costal droit la percussion révèle une matité qui se prolonge à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. A la base gauche en arrière, la respiration est un peu soufflante. La matité de l'hypocondre gauche paraît liée à l'hypertrophie de la rate ; celle du flanc droit à une collection hépatique ou sous hépatique. La palpation confirme la présence d'un empâtement ou même d'une masse, relativement peu douloureuse et de nature mal définie. Il n'existe pas de points névralgiques le long du phrénique. L'examen radiologique révèle une mobilité normale du diaphragme, la disparition de la poche à air gastrique ; et sur les clichés une image opaque étendue transversalement le long de la base du thorax débordant le re-

bord costal de 6 à 8 cm. de sa moitié droite. Au-dessus du colon distendu par les gaz un point douloureux haut situé semble correspondre à la vésicule.

Le 6 juin, la température à 39°, le pouls bat à 80. L'hémoculture négative en ce qui concerne les bacilles d'Eberth et paratiphiques montre du staphylocoque doré dont la présence est attribuée à une souillure accidentelle. Néanmoins se confirme un processus supuratif.

Le 8 juin la leucocytose est de 18.000 dont 88 % de polynucléaires. Par contre, la porte d'entrée de l'infection demeure introuvable. La gorge et les oreilles sont saines, pas de traces des furoncles ou de folliculite sur les teguments, pas d'adénopathie, intégrité absolue du squelette et des articulations. Aucun antécédent personnel ou héréditaire de lithiasse, pas de dyspepsie antérieure. Pendant les 10 jours qui suivent, la fièvre continue à osciller entre 38° et 40°, décrivant des cloches assez aiguës dont la defervescence ne s'accompagne pas de sueurs, tandis que le pouls se maintient aux alentours de 80.

La tuméfaction thépato-sous-thépatique augmente à peine de volume. A plusieurs reprises on discute l'appendicite soushépatique et la cholécystite en raison de la persistance d'un point douloureux à vrai dire peu précis qui siège à la partie inférieure de la masse. On ne note toujours pas d'hyperesthésie cu-

tanée, l'examen des urines ne révèle toujours rien que la présence d'urobiline sans autres stigmates d'insuffisance du foie.

Le 12 juin, nouvel examen radioscopique est ainsi libellé : « suppuration soushépatique, foie semblant de dimensions normales, pas de surélévation de la coupole diaphragmatique, pas de décollement inter hepato-diaphragmatique, pas d'image hydroaérique ». Mais le même jour sur un cliché radiographique c'est bien le foie qui paraît augmenté de volume : il est homogène, régulier de contour, on ne voit pas de traces des calculs biliaires. En dernier ressort, malgré l'absence de tout signe d'amibiase intestinale, on tente conjointement aux injections d'uroformine une cure emetinique sans aucun résultat.

D'accord avec le chirurgien (lui jusqu'alors n'était pas partisan d'intervention) on décide une laparotomie exploratrice.

Le 26 juin on découvre à l'opération un foie considérablement augmenté de volume dont la surface apparaît normale. L'incision de la face antérieure près du bord inférieur donne issue à un pus jaunâtre bien lié contenant (à la culture comme à l'examen direct) du staphylocoque doré à l'état de pureté.

Il s'agissait donc d'un abcès du foie, mais en dépit des incisions, la température se maintient au-

dessus de 40° sans qu'apparaisse aucun nouveau foyer endocarditique ou autre.

Le 5 juillet, un examen complet des urines fournit le résultat suivant :

Albumine : 0 ; sucre : 0 ; pigments biliaires : 0 ; urobiline : + ; Rapport

$$\frac{\text{Azote aminé}}{\text{Azote total}} = 3,6 \%$$

$$\frac{\text{Azote uréique}}{\text{Azote total}} = 73 \%$$

Coefficient de Maillard : 6 %

Une deuxième hémoculture montre que le staphylocoque est toujours dans le sang.

Cependant le malade s'affaiblit et se cachétise chaque jour davantage.

Sa respiration s'embarrasse, quelques râles apparaissent à l'auscultation des poumons. Il meurt dans la journée du 9 juillet.

Autopsie : De l'ouverture de l'abdomen il s'échappe une très petite quantité de sérum louche.

Le foie est énorme (2 kgs. 150 grammes).

Par incision chirurgicale s'écoule un peu de pus. Le reste de l'organe est d'aspect et de consistance normales. Aucune adhérence ne gêne son extraction. La

vésicule aplatie, blanchâtre, vide de bile, s'étale sous la face inférieure du foie.

La rate (355 gr.) et les reins (240 gr. chacun) sont hypertrophiés, mais macroscopiquement sains.

Les poumons sont le siège d'un engouement discret. Le péricarde est épaissi, le cœur est petit, flasque, l'endocarde indemne. Nous avons en vain recherché la moindre altération de l'estomac, de l'intestin, du rectum, de la prostate, de l'appendice qui est court en position rétrocoécale.

Vu la coupe du foie, l'abcès apparaît unique de la taille d'une noix environ.

En résumé notre observation présente :

Au point de vue nosologique-septicémie staphylococcique avec abcès unique et primitif du foie: Pas de porte d'entrée décèlable. Aucune autre localisation ni un abcès punctiforme du rein.

Au point de vue clinique, la suppuration hépatique était indigestible, tuméfaction sous-hépatique à peine douloureuse ; défense musculaire éphémère ; absence d'hypéresthésie cutanée.

Au point de vue biologique, pas de signe d'insuffisance hépatique, ni hémorragie, ni subictère. Tardivement seulement hypéraminoacidurie et abaissement du rapport azoturique.

Le malade est mort d'infection et non d'insuffisance hépatique grave.

CHAPITRE II

Les abcès du foie à staphylocoque

Les abcès du foie à Staphylocoque peuvent être soit consécutifs à une septicémie, soit autonomes.

La localisation du Staphylocoque sur le foie au cours d'une septicémie donne de petits abcès multiples qui n'ont guère de symptômes propres ; ils passent inaperçus au milieu des signes généraux de l'infection initiale ; d'ailleurs celle-ci peut donner en même temps des abcès dans d'autres organes que dans le foie. L'atteinte du foie ne se traduit que par l'hypertrophie et de la douleur de cet organe.

Il existe souvent de l'ictère avec urobilinurie, mais ce sont là des signes d'hépatite et rien ne permet d'affirmer que cette hépatite s'accompagne d'abcès.

Les abcès autonomes sont une rareté exceptionnelle. Je cite ici les deux observations du Professeur Fabrikant, les seules d'ailleurs que j'ai trouvées dans la littérature médico-chirurgicale.

Observations du Professeur FABRIKANT KIIAKROW

N° 1

Le 24 avril 1923, une doctoresse de 25 ans, entre dans la polyclinique des étudiants avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Début de la maladie, le 18 avril par une douleur dans l'hypochondre droit en arrière et en avant à la même hauteur, frissons et malaise général. La température pendant son séjour chez elle était depuis le 18 avril progressivement ascendante sans grandes oscillations. Maxima $39^{\circ}2$, minima $38^{\circ}2$. Dans le pavillon de Thérapeutique de cet hôpital où la malade a été admise, elle a été examinée par les docteurs X... qui ont trouvé que la submatité de l'hémithorax droit commençait en arrière à l'angle inférieur de l'omoplate et se confondait avec la matité hépatique, mais à l'inspiration profonde la limite supérieure de la submatité diminuait un peu.

En avant le foie dépasse le rebord des fausses côtes de trois travers de doigts.

En ce qui concerne les autres viscères, aucune anomalie : rate, aucune augmentation, ni à la palpation, ni à la percussion.

Le malade se plaint d'hypéresthésie au niveau de l'hypochondre droit et du ventre du même côté, en outre, la palpation au niveau de l'hypochondre et de la région hépatique est très douloureuse.

Le 7 mai apparaît une diarrhée qui dure seulement 4 jours.

Le 3^e jour après son entrée dans le service, la température monte à 39° 9 et les oscillations entre la rémission matinale et l'ascension vespérale atteignent jusqu'à 2 degrés.

La ponction exploratrice pleurale et la ponction lombaire ont donné des résultats négatifs.

La réaction de Widal pour l'Eberth et les paratyphiques, pratiquée le 3^e jour de son admission à l'hôpital et répétée le 9^e jour a donné toujours un résultat négatif.

Ce même résultat négatif obtenu à la recherche du plasmodium dans le sang.

La numération globulaire a montré :

G. rouges : 4.200.000.

G. blancs : 10.000.

Neutrophiles : 66 %.

Lymphocytes : 24 %.

Monocytes : 7 %.

Métamyélocytes : 2 %.

Bosophiles : 1 %.

Urines : Poids spécifique 1016.

Albumine : traces.

Quelques rares G. rouges. 3 leucocytes dans le champ.

Quelques cylindres hyalins.

Radioscopie du 11 mai : La coupole diaphragmatique droite est plus élevée que la gauche et un obscurcissement de l'espace sous-diaphragmatique passe insensiblement à l'obscurité hépatique. Dans la partie médiane la coupole est attirée vers le haut. D'après toutes ces données on arrive à la conclusion qu'il existe un abcès sous-diaphragmatique ou hépatique. Dans le but d'une intervention chirurgicale, la malade est transportée le 13 mai (22 jours après son admission), en chirurgie.

Les signes objectifs et subjectifs sans modification : La matité hépatique suit la ligne scapulaire jusqu'à l'angle de l'omoplate ; sur la ligne axillaire jusqu'à la 5^e côte ; ligne mamelonnaire jusqu'à la 4^e côte. Le foie déborde les fausses côtes de 3 travers de doigts.

La rate n'est pas augmentée de volume. Aucune modification aux autres viscères. Constipation. Température élevée. L'amplitude des oscillations au cours de la journée de 1 degré à 1 degré, 5. Leucocytose 17.000, G. rouges 4.000.000.

Le même jour (le 13 mai) est faite au niveau du onzième espace intercostal suivant la ligne scapulaire, une ponction exploratrice. On retire un peu de pus. Les dénivellations de l'aiguille montrent qu'on est dans l'espace sous-diaphragmatique. Aussitôt après la ponc-

tion on fait sous anesthésie générale à l'éther, une résection. Il s'élimine très peu de pus de la plaie..

9 jours après l'opération, frisson très intense.

Le 24 mai, il s'élimine une faible quantité de pus et la malade se sent de nouveau mieux. La température baisse, elle ne monte pas au-dessus de 36°,6, mais l'amplitude des oscillations au cours de la journée est encore entre 1° et 1°,5. Il est clair qu'il se trouve encore un abcès au niveau du foie, mais comment trouver sa localisation ?

En outre, il y a augmentation du lobe gauche qui est devenu douloureux à la palpation.

A la percussion : pas de modification du foie.

Sang : hyperleucocytose à neutrophiles.

La radioscopie refaite le 11 juin (28 jours après l'intervention) montre une ascension de la coupole diaphragmatique droite.

Les parties latérales ne se modifient pas avec les mouvements respiratoires. L'angle costo-diaphragmatique ne s'ouvre pas à l'inspiration.

Le foie est augmenté à la palpation et à la percussion d'une partie de la 11^e côte.

Les feuillets diaphragmatique et costal sont adhérents. Avec le bistouri on arrive à travers l'espace sous-diaphragmatique dans le tissu hépatique d'où jaillit une grande quantité de pus, couleur chocolat. On fait un drainage.

L'analyse du pus a donné une culture pure de *staphylocoque doré*.

La malade va mieux. Les douleurs ont diminué, l'appétit revient, mais la température ne baisse pas.

La malade est très changée, elle fond sous les yeux. La température, l'état général et le résultat de l'examen objectif montrent que la suppuration hépatique persiste et cependant pas d'élimination du pus au niveau de la plaie.

Un abcès a été donc vidé le 13 mai. Un deuxième s'est ouvert spontanément dans la plaie 14 jours après l'intervention. La plaie bourgeonne normalement, commence à se refermer, peu de sécrétion, mais la température ne baisse pas et le foie ne diminue pas.

Par conséquence il existe encore un ou plusieurs abcès intra-hépatiques, donc il s'agit des abcès multiples du foie.

Etant donné l'état désespéré de la malade qui n'avait plus rien à perdre, on a tenté encore une fois l'opération le 13 juin (1 mois après la première intervention) on a élargi l'incision et enlevé le reste de la 11^e côte. Le foie est consistant, on fait une incision, on introduit le doigt dans le parenchyme. Une hémorragie abondante apparaît, mélangée de pus. On introduit un tampon de gaze.

5 jours après l'opération, on retire le tampon, l'hémorragie réapparaît, mais 2 jours après on arrive à enlever le tampon ce qui donne issue à une grande quantité de pus.

On a mis un drain et de la gaze.

Le lobe droit du foie a remarquablement regagné de volume, mais le lobe gauche reste gros et douloureux.

La température revient à la normale ; la malade se sent mieux, mais 10 jours après la seconde intervention, la température remonte à 40°. Elle revient à la normale après une élimination abondante de pus.

Elle est restée normale pendant 4 jours et ensuite ont apparu des ascensions vespérales à 38°,4, 38°,6, 38°,8. Les remissions matinales à 36°,8, 36°,4 et même 36°,1.

L'état général de la malade est beaucoup amélioré, le lobe droit du foie rétracté, le lobe gauche a retrocédé et devenu indolore.

28 jours après la seconde intervention, le 10 juillet, il s'est éliminé encore beaucoup de pus pour la dernière fois. La température a baissé définitivement et tout le temps jusqu'à la sortie de la malade elle est restée normale.

Le drainage diminuait progressivement, la gaze est supprimée et la plaie s'est refermée complètement.

Ainsi en deux interventions en deux temps différents, deux abcès se sont ouverts.

La malade est guérie.

N° 2

Homme de 23 ans. A fait une fièvre typhoïde grave. Quand la fièvre typhoïde a été complètement finie et le malade se promenait avec une température normale ont apparu des douleurs dans l'hypochondre droit. La température a remonté, il a éprouvé une sensation de pesanteur dans la région hépatique. Cinq semaines après, amené à Kharkow avec une température élevée et une tumeur nettement saillante au niveau de l'hypochondre droit. Le foie a débordé les fausses côtes de 4 travers de doigts. A la percussion sur la ligne mamelonnaire 5° côte, sur la ligne axillaire 5° côte, sur la ligne scapulaire 7° côte.

Hyperleucocytose. — La ponction exploratrice sur la ligne scapulaire a donné un résultat négatif, mais sur la ligne mamelonnaire on a retiré du pus. Aussitôt après : incisions par plans successifs deux travers de doigts au-dessous du rebord des fausses côtes et parallèlement à lui. Le foie n'est pas adhérent au péritoine pariétal, par quelques points on réunit le péritoine pariétal avec la surface dénudée du foie. Tout autour on met un pansement isolant. Une inci-

sion à travers le paranchyme hépatique donne beaucoup de pus roussâtre, mélangé de sang.

Dans le pus on trouve du staphylocoque doré.

La température a baissé, le malade a guéri et la plaie s'est cicatrisée deux mois après l'opération.

CHAPITRE III

Etude clinique

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE DES ABCÈS PYOGÈNES DU FOIE

Il est rare qu'un abcès hépatique pyogène se développe insidieusement sans aucune perturbation grave locale ou générale du malade.

Les abcès pyogéniques commencent et finissent d'une façon aiguë jusqu'à l'intervention chirurgicale ou bien jusqu'à la mort.

Il peut arriver cependant qu'il diminue de gravité et prenne une allure chronique.

Si les suppurations hépatiques commencent quand le processus morbide qui représente le point de départ de l'abcès continue à évoluer, les symptômes propres de l'abcès hépatique peuvent être peu appréciables et aussi rester tout à fait inconnus.

Les symptômes de l'abcès hépatique qui se rencontrent plus ou moins clairement et diversement combinés dans les cas particuliers sont :

Fièvre. — Elle peut être continue, remittente, avec élévations vespérales à 39°, 40° ou intermittente

avec des accès quotidiens ou avec une température allant jusqu'à 41°. Ces oscillations seraient en rapport avec un processus pylephlébatique d'où pronostic très grave, mais peuvent avoir lieu sans aucune thrombose dans le territoire de la veine porte.

Tantôt la fièvre a un parcours irrégulier, capricieux sans aucune caractéristique. Dans les abcès (pyogéniques) la température manque très rarement et nous devons retenir que les cas apyrétiques décrits étaient d'origine protozoaire.

Le pouls. — Fréquent jusqu'à 120, 130, pour la plupart mou dépressible, irrégulier, filiforme. Dans les cas plus graves on peut trouver une discordance entre le pouls et la température.

Douleur spontanée. — Elle peut manquer dans les petits abcès mais rarement. Des grands abcès au contraire sont accompagnés d'une douleur vive, persistante qui dépend de la distension et de la participation au processus inflammatoire de la capsule de Glisson.

Son siège est le plus souvent dans l'hypochondre droit en grande partie dans la région épigastrique, tantôt elle prédomine dans la fosse iliaque et dans le flanc droit. La douleur peut s'irradier dans toutes les directions mais spécialement à l'épaule droite et dans la région scapulaire et acromiale, le long du phrénique et ses anastomoses avec le plexus cervical,

Dans l'abcès du lobe gauche, la douleur peut l'irradier soit dans l'épaule gauche, soit dans les deux épaules. La douleur est sourde, lancinante, profonde, rémittente avec des crises plus ou moins longues. Ces symptômes là sont très importants presque pathognomoniques de la douleur hépatique.

Hépatomégalie. — Elle est perceptible dans les abcès pyogènes le plus souvent à la palpation et à la percussion et seulement rarement à l'inspiration dans les cas où la collection laissée à elle-même se diffuse à la paroi et tue le malade.

L'hépatomégalie est tantôt uniforme, tantôt irrégulière formant des voussures qui correspondent à l'abcès et qui sont de consistance dure ou molle et fluctuante.

Contracture de défense. — Elle existe à la palpation d'une façon permanente au niveau du muscle grand droit. Elle n'est pas constante.

Douleur provoquée. — A la palpation elle est tantôt limitée et plus forte dans une zone circonscrite qui correspondrait au siège de l'abcès. Il peut aussi exister des points douloureux à la palpation en dehors de l'aire hépatique plus ou moins caractéristiques par exemple les points phréniques etc. Smith dit que dans quelques cas la pression dans un point déterminé de l'aire produit constamment des vomissements.

Immobilité du foie. — Pendant les mouvements respiratoires il est plus ou moins fixé par le processus de péri-hépatite.

Ictère. — Il n'est pas fréquent et ne se produit que dans le cas où l'abcès comprime un grand tronc biliaire ou quand il existe une angiocholite aiguë. Pour la plupart il n'est pas intense mais peut devenir assez net.

Toux hépatique. — Elle est sèche, sans expectoration ou avec, rare, due à l'irritation du diaphragme et de la plèvre même en absence d'une pleurite.

Iloquet. — Il est dû à l'irritation du diaphragme.

Pleurésie. — Sèche ou séreuse ou même purulente sans qu'il y ait diffusion du processus hépatique à la plèvre.

Troubles respiratoires. — Dyspnée par parésie du diaphragme. Inspiration brève, superficielle sans que l'examen des poumons et des plèvres puisse révéler un symptôme appréciable.

Altération de l'appareil digestif. — Elles peuvent être indépendantes ou concomitantes à une maladie qui a été le point de départ de l'abcès hépatique. Nausées, vomissements, diarrhée même sanguinolentes en rapport avec une thrombose mésentérique.

Altération des urines. — Albuminurie, urobilinurie, indicanurie. D'après quelques auteurs, augmen-

tation notable de l'ammoniaque et diminution de l'acide urique.

Hyperleucocytose neutrophile. — Elle est presque constante dans les abcès pyogéniques.

Examen radiologique. — D'une grande importance surtout dans les abcès de la face antérieure du foie. La dénivellation entre la coupole diaphragmatique droite et gauche — normalement de 2 cm. — est augmentée. La ligne de l'opacité est irrégulière. Le diaphragme immobile. Le Cul-de-sac pleuro-diaphragmatique droit est moins clair que le gauche. Une masse plus obscure à contours peu nets se dessine sur l'opacité normale du foie. Dans les abcès à siège antéro-inférieur, on n'a pas d'image définie qui permettrait d'affirmer le diagnostic. La distension gazeuse de l'estomac peut faciliter l'examen.

Ponction exploratrice. — Sur l'indication de la ponction exploratrice on n'est pas d'accord.

Pour quelques auteurs elle serait inoffensive et devrait être pratiquée toujours. Pour d'autres, au contraire, elle est dangereuse parce que pouvant diffuser l'infection à la plèvre, elle peut même provoquer des hémorragies graves.

Pourtant si on peut suspecter la purulence de l'abcès et s'il est nécessaire pour affirmer le diagnostic de recourir à la ponction à défaut d'autres signes pro-

bants il est nécessaire de respecter des précautions spéciales — c'est-à-dire : il faut faire la ponction dans la salle d'opération avec tous les préparatifs pour une intervention immédiate — pour qu'on puisse dans le cas échéant intervenir chirurgicalement sans même extraire l'aiguille de la ponction.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit préciser :

- 1) s'il y a un abcès ;
- 2) nombre des abcès : unique ou multiple ;
- 3) son siège ;
- 4) son agent pathogène.

1. Le diagnostic de l'abcès du foie se base sur .

a) L'anamnèse qui peut révéler la cause première de l'infection hépatique et sa porte d'entrée. Dans l'abcès hépatique autonome, elles sont introuvables.

b) Sur le début et l'évolution de la maladie.

c) Sur l'examen du malade. Son aspect est celui d'un typhique, mais il existe trois symptômes essentiels : fièvre à allure particulière, douleur et hépatomegalie.

Dans la fièvre typhoïde, la température débute par des oscillations ascendantes, puis se maintient en plateau, ensuite subit des oscillations descendantes (stade

amphibole) pour aboutir à la déffervescence progressive.

Dans nos trois observations la température même si elle débute dans un cas par des oscillations ascendantes ne présente dans aucun cas de plateau, bien au contraire, des oscillations très marquées indiquant une suppuration profonde.

Il faut souligner que dans les cas cités par nous la température dessine d'une fois à l'autre des courbes différentes.

La douleur peut être spontanée ou provoquée. Dans la F. T. la douleur siège dans la fosse iliaque droite et s'accompagne de gargouillements à la palpation. Dans l'abcès du foie, la douleur siège au niveau de l'organe même mais son niveau est variable suivant la situation de l'abcès. Elle peut d'ailleurs prêter à confusion avec toutes les douleurs accompagnant les affections du carrefour pancréato-cholédocien, intestinales, appendiculaires et rénales.

L'hépatomégalie, il s'agit d'éliminer l'abcès sous-phrénique droit dans lequel il n'y a pas d'hépatomégalie vraie mais simplement un abaissement du foie refoulé par la collection purulente. Pour faire la distinction entre les deux, on a recours à la radiographie qui peut être d'interprétation difficile, mais dans certains cas on peut distinguer une collection purulente extra-hépatique d'un gros foie.

Le pouls dissocié dans la fièvre typhoïde peut l'être également ici comme nous l'avons constaté dans notre cas.

L'examen du sang :

1) la formule sanguine : leucopénie habituelle de la F. T., hyperleucocytose à neutrophiles, constante dans l'abcès ;

2) Hémoculture ;

3) Séro-diagnostic de Widal.

La ponction. Quelquefois on n'en a même pas l'idée. Parfois on hésite de la faire. Si on la fait, elle peut rester blanche car la localisation est très difficile.

Si on peut se baser sur le peu d'observations d'abcès autonomes que nous avons recueillies, la ponction exploratrice doit-être faite et bien faite, elle donne des résultats probants en démontrant l'existence de pus contenant du staphylocoque doré à l'état pur.

2. Le diagnostic d'abcès unique ou multiple n'est pas facile. En ligne générale les abcès multiples (pyogènes) sont d'une symptomatologie plus grave. On peut quelquefois poser le diagnostic de multiplicité à l'examen objectif ; ainsi d'après Bertrand et Foulon, le volume excessif du foie et surtout sa forme irrégulière distincte de l'hépatomégalie — ont leur importance.

Le diagnostic du nombre n'est jamais que probable.

3) *Siège.* — Il n'est pas facile de localiser avec exactitude le siège de l'abcès mais cette localisation a une valeur primordiale pour l'intervention chirurgicale. Il se basera surtout sur ces symptômes cliniques et radiologiques qui peuvent indiquer une hypertrophie localisée dans un point déterminé du foie.

Le siège de la douleur spontanée ou provoquée a son importance.

La douleur réflexe à l'omoplate droite est en rapport le plus souvent avec un abcès de la convexité du lobe droit, tandis que les collections du lobe gauche donnent une irradiation à l'omoplate gauche. Les irradiations en bas vers la région rénale, le syndrome solaire sont en général déterminées par un abcès de la concavité du foie ou de sa face postérieure.

La localisation de la douleur bien circonscrite et bien déterminée dans un point, indique le siège probable de l'affection.

4) *L'agent pathogène.* — Je passe sous silence l'amibe. Quant au diagnostic clinique du microbe, en 1901, Etienne écrivait : « Existe-t-il un tableau spécifique des infections staphylococciques ? Je ne le crois pas. J'ai recherché des signes spéciaux et je n'ai rien trouvé de caractéristique ». Cette formule reste vraie.

Il est impossible d'affirmer le diagnostic du microbe sans les preuves du laboratoire.

PRONOSTIC

Si le diagnostic de l'abcès primitif du foie est difficile, son pronostic l'est beaucoup plus. Evidemment il dépend du nombre, du siège, de l'état général du malade — mais il est surtout fonction de diagnostic. Le diagnostic mis à temps, une laparatomie exploratrice dans le cas d'une ponction exploratrice blanche, peut sauver le malade, parce que la participation biologique de l'organe à son processus inflammatoire localisé est minime, comme nous l'avons vu dans nos quelques observations.

CONCLUSIONS

1° Les abcès hépatiques primitifs à staphylocoques sont d'une rareté extrême.

2° Leur diagnostic est très difficile, lorsque comme dans les trois cas que nous avons analysés, il n'existe pas de porte d'entrée apparente de l'infection.

3° Le microbe en question ne peut être individualisé sans les preuves du laboratoire.

4° Si dans quelques cas, l'intervention chirurgicale pratiquée à temps amène la guérison, très souvent, en dépit de tout traitement même opératoire, le malade est emporté, plus semble-t-il, par le progrès de l'infection que par l'insuffisance népatique.

Le Président de Thèse :

Vu : le Professeur,

MARCEL LABBÉ

Vu : le Doyen,

G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1. — LEONARDO DOMINICI. — L'ascesso del Fegato. Rapport au 7^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, Rome, Avril 1926.
2. — FABRIKANT. — Sur la question des abcès hépatiques. Vrahebnœ Délo, Juin 1924, Kharkow.
3. — Septicémies à Staphylocoques. Rapport de Ch. Loing, Duforest etc. Septicémies à Staphylocoques. Rapport du Congrès F. de Méd. 1927.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER	II
CHAPITRE II. — <i>Les abcès du foie à staphylocoque</i>	17
CHAPITRE III. — <i>Etude clinique</i>	27
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	39

